



Programa de alimentos de cuidado para niños y adultos de Iowa DECLARACIÓN DE ALERGIA/EXCEPCIÓN DE ALIMENTOS

Descripción: El Programa de alimentos de cuidado para niños y adultos (CACFP, por sus siglas en Inglés) está creado por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA). El CACFP reembolsa a los centros los alimentos para niños y adultos que cumplan con los requerimientos del USDA. Si un infante, niño o adulto necesita evitar alimentos específicos por alguna razón médica, se reconoce el reembolso solo si una autoridad médica reconocida ha documentado la necesidad para una excepción y firmado la declaración.

Complete este formulario y devuélvalo a: _____
(Nombre del centro)

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del Padre/Tutor o Cuidador: _____

Firma: _____ Fecha: _____
(Permiso de revelar información al centro)

| | |
|--|---|
| <p>1) Discapacidad: El participante ¿tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es positiva, un doctor en medicina (MD) o un doctor en medicina osteopática (DO) debe firmar este formulario. Si el participante no tiene ninguna discapacidad, el formulario puede estar firmado por cualquiera de las autoridades médicas reconocidas que se detallan a continuación.</p> | |
| <p>Si la respuesta es Sí, describa la actividad o actividades más importantes afectadas por la discapacidad:</p> | |
| <p>2) Necesidades dietarias/alimenticias especiales: El participante ¿tiene una intolerancia o alérgica a algún alimento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> | |
| <p>Si la respuesta es sí, describa la naturaleza de la alergia/intolerancia:</p> | |
| Comida(s) o Formula a Evitar: | Comida(s) o Formula a Sustituir: |
| <p>Los Infantes de centros CACFP deben recibir la formula fortificada con hierro o leche materna a menos que la declaración de alergia/excepción de alimentos esté registrada.</p> | |
| | |
| | |
| | |
| <p>Otras necesidades dietarias o alimenticias del participante:</p> | |

Fecha para re chequeo o re-evaluación: _____

Autoridad médica: _____
Nombre (Escriba o Tipee)
Título

[Una autoridad médica reconocida es alguna de las siguientes: doctor en medicina (MD), doctor de medicina osteopática (DO), Asistente médico (PA) o Enfermera avanzada responsable registrada (ARNP)].

Dirección: _____

Firma de la autoridad médica
Fecha